

RIESGO SUICIDA, RORSCHACH Y JUICIO CLINICO

AUTORES:

VALENTINA ESTEROVICH, ANDRÉS MAZUR, EMILIO TOMADONI

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN:

HELENA LUNAZZI DE JUBANY

**CÁTEDRA DE PSICODIAGNÓSTICO. FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA.**

Objetivo

Reflexionar acerca de los riesgos que atraviesa el juicio clínico en la interpretación de las técnicas psicodiagnósticas, en este caso en particular en relación al suicidio.

Procedimiento

En el marco de una investigación sobre la evaluación del riesgo suicida, analizamos un interesante caso de suicidio consumado que presenta una batería psicológica completa. Pero el puntaje obtenido en la Constelación de Suicidio (Sistema Comprensivo) se muestra, curiosamente, poco significativo, hecho que la autora plantea. Las variables aisladas por los estudios epidemiológicos, perfiles existentes y resultados de las pruebas indican riesgo de suicidio evidente. Volvemos a clasificar el protocolo original y descubrimos un error de clasificación sustancial para la valoración del riesgo suicida.

Incluimos y revisamos distintos aportes y enfoques sobre el tema.

Método

Estudio de un caso paradigma.

Resultados

El juicio clínico a menudo logra gran acierto aún cuando alguna información parcial pueda inducir a dudas. La integración de los datos y los enfoques configuracionales constituyen el mejor referente en la construcción del juicio clínico. El sistema Comprehensivo se mostró confiable en la evaluación del riesgo suicida.

En el marco de la Cátedra de Psicodiagnóstico de la Universidad Nacional de La Plata estamos investigando la problemática del suicidio, su estudio teórico y su abordaje psicodiagnóstico.

En la presente comunicación se tratarán, en primer lugar, consideraciones epidemiológicas, luego el abordaje de un caso clínico y la revisión de distintos aportes sobre el tema. Por último, nuestras reflexiones acerca del juicio clínico del psicólogo en el uso de las técnicas diagnósticas.

El acertado juicio clínico cobra una fundamental relevancia, como todos sabemos, en toda situación donde las técnicas diagnósticas se emplean para sostener conclusiones. No obstante, la complejidad e impacto de los casos, muchas veces plantea dudas y dificultades.

Sobre el suicidio

Nos parece útil recordar que la OMS considera al suicidio como un proceso que engloba ideas y actos con diferente potencial e intencionalidad autodestructiva. Diferencia:

- idea suicida; representación mental del acto.
- veleidad suicida; esbozo del acto .
- intento; acto incompleto que no alcanza la muerte .
- suicidio y
- equivalentes suicidas; conductas indirectamente relacionadas con la búsqueda y el deseo de muerte¹.

Esta distinción nos parece valiosa porque da cuenta de la diversidad de situaciones a las que se enfrenta el psicólogo en su práctica profesional, las que acarrear implicaciones legales distintas.

Argentina posee la tasa más alta de suicidio de América del Sur. El 10% de los suicidas está constituido por adolescentes (cada 30 horas se

¹ Giorgi, V y otros. El Psicodiagnóstico de Rorschach en Pacientes suicidas. V Congreso latinoamericano de Rorschach. Montevideo 1993

produce uno). Datos de la provincia de Bs. As. señalan que durante el primer cuatrimestre de 1994 se produjeron 229 casos de suicidio, 79% varones y 21% mujeres. La Policía Federal Argentina informa que durante el año 1992 en todo el país los casos verificados de suicidio fueron del 81% para adultos, 17% para adolescentes y 1% para niños. En el mismo año se registraban 12 suicidios por día 2 de los cuales eran adolescentes².

Los datos estadísticos, sin embargo “ *son estimadores bajos de la incidencia del problema, dado que por razones psicosociales diversas, muchos comportamientos suicidas no se reconocen como tales*”³: por ejemplo accidentes de tránsito, alcoholismo, involucrarse compulsivamente en peleas y riesgos.

En relación al diagnóstico es importante mantener una actitud prudente, un “estar alertas”, discriminando cuidadosamente el grado de riesgo de suicidio, ya que cada caso requerirá de procedimientos terapéuticos distintos. Al mismo tiempo que prudente, una actitud también activa y comprometida, capaz de implementar medidas de contención .

El suicidio no es patognomónico de un tipo psicopatológico específico, lo que no quiere decir que no se pueda intentar construir cierto perfil de la personalidad del suicida, aunque autores como Goldfried, Striker y Weiner (1971) notaron que las tendencias suicidas son probablemente más un estado mental temporario que una característica perdurable de la personalidad.⁴

Acerca de las causas que inciden sobre la determinación del suicidio la mayoría de los autores coinciden en aceptar la multiplicidad de factores (socioculturales, económicos, psicodinámicos, etc.). Mencionaremos a continuación algunos de los más importantes factores demográficos y conductuales que han sido identificados:

- a) depresión y enfermedad mental;
- b) alcoholismo y abuso de drogas;
- c) hablar sobre el suicidio;
- d) intentos de suicidio previos;
- e) métodos mortales;

² Quiroga, Susana E. Patologías de la Autodestrucción en la Adolescencia Pág. 11,12y 111 Ediciones PubliKar Buenos aires 1996

³ Casullo, María Martina. Comportamiento Suicida Adolescente Epidemiología y Prevención En Patologías de la autodestrucción Ediciones PubliKar Bs.As. 1996 Pág. 112

⁴ Carstairs, K. La Calavera como Símbolo de la Muerte en el Rorschach de un Hombre. En Rorscharchiana 1997. N°22 Pág. 180

- f) desesperanza y rigidez cognitiva;
- g) sucesos de vida estresantes;
- h) rabia, agresión, e irritabilidad;
- i) enfermedad física;
- j) vivir solo y sin soporte ;
- k) tener problemas familiares y maritales.
- l) co - morbilidad de factores hacia una carrera suicida (Maris y col, 1992).⁵

La información epidemiológica a la que nos hemos referido antes ha descrito los múltiples factores vinculados al riesgo suicida, sin embargo es menester recurrir a modelos teóricos susceptibles de aportar hipótesis explicativas

Entre otros el psicoanálisis (Freud, 1915) que dio lugar a numerosos trabajos sobre los cuales no podemos extendernos en este artículo, propone la existencia de dos vías de llegar al suicidio. Una de ellas es la imposibilidad de responder a la agresión del ambiente que hace que ésta se vuelva sobre el Yo y la otra consiste en la identificación al objeto perdido. Consideraremos entonces a la teoría psicoanalítica como la teoría dinámica subyacente a nuestra investigación sobre riesgo suicida.

Dentro del Campo del Psicodiagnóstico

En cuanto a los métodos diagnósticos es reconocida la investigación llevada a cabo por Exner a través de su Sistema Comprehensivo del Rorschach, mundialmente reconocido y construido sobre amplias muestras estadísticas, el que ofrece una constelación de suicidio de 12 variables, seleccionadas de protocolos de suicidios consumados. Según Exner ⁶ La constelación Suicida:

“Detenta la capacidad estadística de identificar a los sujetos que tienen características similares a aquellos individuos que han efectuado su propia muerte.”

Aunque la constelación no provea de una descripción totalmente novedosa de la persona con tendencias suicidas, su importancia radica en el hecho de que se deriva exclusivamente de variables estructurales del Rorschach.

⁵ Carstairs, K. Op. Cit Pág. 181

⁶ Exner, John Jr.: El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo. Vol. I Fundamentos Básicos.(Segunda Edición).Pablo del Río Editor.

Citándolo a Exner nuevamente :

*“Al integrar la información del conjunto de 11 variables emerge la figura de una persona introspectiva, probablemente en un sentido negativo, que no expresa o no puede expresar fácil o directamente sus emociones, que con frecuencia las suprime por completo, debido precisamente a esa misma dificultad o inseguridad, y que tienden a escapar a su control cuando las manifiesta; alguien que no tiene un alto concepto de sí mismo al compararse con otros; no tiene fácil acceso a sus recursos con vistas a la adaptación; que puede estar excesivamente preocupado por lo convencional o, por el contrario, puede haber alcanzado un punto en que descuida lo convencional; no organiza eficientemente los inputs perceptivos tendiendo a interpretar mal los estímulos con más frecuencia de lo que sería conveniente; que puede ser muy negativista; tiene dificultad en establecer o mantener relaciones interpersonales y puede sufrir inhibición psicológica o motora”.*⁷

Acerca de la efectividad de esta constelación que data de 1977 dicho autor explica que cuando se toman como criterios las once variables sólo se identifica correctamente el 25 % de los protocolos de suicidios consumados y el 10 % de los sujetos que lo intentaron. Si se utilizan únicamente siete variables el nivel de exactitud aumenta al 81% en el grupo de los suicidios consumados y el 45% en los intentos. El resultado posdictivo más eficaz para una identificación exacta se obtiene cuando aparecen ocho o nueve de las variables críticas. La aparición de ocho variables identifica correctamente el 75% de los suicidios y el 45 % de los intentos. En 1984 se incorpora un mayor número de protocolos de sujetos suicidados y se revisa la validez de la constelación. Se consideró agregar otras variables, de las que finalmente se conservó MOR >3 , que aumentaba la identificación correcta del grupo de suicidio al 80% sin producir incremento de los falsos positivos. Por lo tanto las 12 variables que componen esta constelación son⁸:

FV + VF + V + FD > 2;	Respuestas de vista + forma dimensión
DM Color - Clarooscuro > 0;	Determinantes múltiples de color /sombreado
3r + (2) R < .31 > .44	3 Respuestas de reflejo + respuestas par en relación al número de respuestas.
MOR > 3;	Contenido mórbido

⁷ Exner, John Jr. Op. Cit.

⁸ Exner, John Jr. El Rorschach un Sistema Comprensivo. Volumen I: Fundamentos Básicos Tercera Edición. Psimática 1994

Zd > 3.5	Zd < 3.5;	Actividad Organizativa
es > EA;		Experiencia sufrida/ Experiencia accesible
CF + C > FC		Respuestas color-forma + color > Respuestas de forma color
X + % > .70;		Forma convencional
S > 3;		Espacio blanco
P > 8	P < 3;	Respuesta Popular
H pura > 2;		Figuras humanas reales completas
R < 17		Número de respuestas

Sobre los estudios de validación de esta constelación brevemente diremos que fueron realizados con grupos de esquizofrénicos, depresivos y no pacientes. El falso valor positivo era más alto en pacientes depresivos, 12%, 6% en los esquizofrénicos y ninguno en los no pacientes. Exner previno a los clínicos en considerar que el valor negativo falso (quienes son suicidas y no son identificados como tales) está sobre el 15%, por lo tanto un registro de menos de 8 “no debe ser malinterpretado como significando que ningún elemento de riesgo suicida está presente”⁹

Es por eso que nos llama la atención que la autora tome como poco significativo que aparezcan menos de ocho variables y al mismo tiempo haga presente la advertencia de Exner.

El Caso....

A continuación transmitiremos nuestro recorrido en la investigación y los aportes de los autores que nos fueron guiando en la reflexión sobre este caso teniendo como foco el juicio clínico .

Nuestra investigación comienza con la aproximación a la bibliografía, el acceso a casos clínicos y protocolos de los cuales elegimos éste, publicado por una autora inglesa, Kari Carstairs(1997) en un artículo que tituló “La Calavera como Símbolo de la Muerte en el Rorschach de un Hombre”. Nos dedicamos a este caso por tratarse de un caso de suicidio que la autora presentaba como ejemplo en el que la constelación de suicidio había fallado, ya que cinco indicadores eran positivos. Nos parece ilustrativo del valor que cobra el juicio clínico del psicólogo que debe trabajar con esta problemática en su quehacer cotidiano.

⁹ Carstairs, K. Op. Cit Pág. 181, cita aquí a Exner.

Hemos seleccionado de la batería completa que presentaba el caso, para la presente comunicación, fragmentos de la entrevista, del test de frases incompletas, las verbalizaciones del HTP y el protocolo del Rorschach. Este último se adjunta al finalizar el artículo.

La evaluación de este sujeto es realizada ocho meses antes de que consumara el suicidio y dos meses después de que lo internaran por un intento.

Sobre la entrevista algunos datos de su historia vital: Tiene 28 años al momento de la evaluación. Su hermano se suicidó. Tuvo un primer intento con una sobredosis cuatro años antes cuando la novia lo dejó. El segundo intento ocurrió un año antes del tercero. Se cortó las muñecas; este fue provocado a raíz de unos estudios médicos que se le efectuaron para detectar un posible cáncer de escroto; cuyos resultados fueron negativos.; el tercer intento fue después de sospechar que su esposa le era infiel, se emborrachó, la golpeó y luego tomó una sobredosis de 45 Prozac y 60 Paracetamol y algunas botellas de alcohol.

Según él mismo: su problema principal era *“la pérdida del control de su temperamento”*, lo que relacionaba con su dificultad de expresar sus sentimientos. También bebía y consumía marihuana, LSD, speed, éxtasis, cocaína, etc.

Informó sufrir pesadillas, pérdida de interés en el sexo, momentos de detestarse a sí mismo, súbitos estallidos de enojo y flashbacks. Refirió olvidar qué hacía cuando perdía el control. Había sido despedido de numerosos trabajos a causa de su temperamento. Estaba desempleado y tenía problemas económicos

Si recordamos los patrones demográficos antes citados, como bien lo señala la autora hay una importante presencia de factores allí indicados que le permitieron hipotetizar que al momento de administrársele el Rorschach el sujeto fuera suicida. Nos parece conveniente citar en este punto las medidas que el equipo de profesionales que asistía al paciente implementó en forma preventiva :

*“Luego de la evaluación psicológica, el Sr. Smith comenzó una terapia cognitiva para PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). También continuó recibiendo apoyo de su acompañante terapéutico en reuniones semanales y citas externas regulares con el psiquiatra. Se le dio una carta para llevar con él que le dio un plan claro de acción y fuentes de ayuda inmediata a la que acceder si tenía sentimientos suicidas (...) Su terapeuta lo vio en sesiones semanales durante un período de cuatro meses.”*¹⁰

A continuación transmitiremos algunas características de su producción en las técnicas. Sobre el Test de Frases Incompletas, transcribimos las siguientes respuestas significativas:

¹⁰ Carstairs, K. Op. Cit. Pág. 190-191

- Yo lamento° todo lo que he hecho.
 - Yo siento° culpa.
 - Mis nervios° se sienten como que van a estallar.
 - El futuro... no estoy seguro de él.
 - A veces... quiero morir.
 - Lo que me duele... soy yo mismo.
 - Yo odio° a mí mismo.
 - El único problema° en mi vida soy yo.
 - Mi padre... piensa que yo soy una gran broma.
 - Mi más grande preocupación es... despertar en la mañana.
- El sujeto incluyó la frase “yo me mataría si tuviera la oportunidad”

Sobre el HTP destacamos lo siguiente:

Dibujos primitivos y desolados, historias patéticas.

Sobre la Casa dijo: *“una gran casa en una granja. Sólo una persona vive allí, porque vive allí en soledad. Es muy grande y él se siente perdido en ella en medio de la nada. Se siente como un hogar porque sólo él está allí. Simplemente muere en esta casa vacía y grande.”* Acerca del Hombre dijo: *“vivió en la casa, creció en ella, reparó las grietas en su hogar y las vio abrirse una y otra vez. Pero era muy solitario, estaba completamente solo. Eso es todo.”*

Cráneo... o... Calavera... ?

Una vez hecha la traducción del caso clasificamos el protocolo de acuerdo al sistema de Klopfer. Recurrimos a las investigaciones de Hertz quien en su artículo “Evaluación de los Riesgos Suicidas por medio del Rorschach” hace una reseña de sus propios aportes y de otros autores que, como resultado de su experiencia clínica, identificaron respuestas, patrones y temas característicos de individuos con tendencias suicidas. Varias de estas configuraciones estaban presentes en este caso. A saber: , estados depresivos(claramente presentes en su historia vital y en el resultados de la Escala de Depresión de Beck), conflicto activo e intensa lucha interior, constricción(alto F%) sintomatología ideacional en relación con clases especiales de contenido en el contexto de ciertos patrones del Rorschach (en este caso perseveración de calaveras, que aparece en cinco oportunidades, o bien “hoja seca quebradiza como pedacitos que van separándose”). También aparición de estallidos emocionales súbitos e inadecuados; retraimiento del mundo (que observamos en el bajo número de R); tendencias a la resignación y a la agitación (como en los finales de las historias del HTP; frases incompletas, etc).

Sin embargo, reiteramos, la constelación de suicidio arroja un resultado poco significativo, según plantea la autora basándose en el número de variables que dieron resultado positivo. A pesar de, al mismo tiempo, citar la advertencia de Exner acerca de que un registro de menos de ocho no excluían el riesgo. Lo que plantea todo un interrogante.

Para investigar este resultado sorprendente, revisamos la clasificación de Kari Hastiares, hecha de acuerdo al sistema Comprehensivo y notamos que las cinco respuestas de “calavera” fueron clasificadas como anatómicas. Este es un hallazgo clave. Suponemos que tal clasificación es debido a la ambigüedad de la palabra “skull” que significaría al mismo tiempo “calavera” y “cráneo”. Estas respuestas corresponden, en este caso, según nuestro punto de vista al contenido siniestro de Alcock (1965), ya que en este contexto la calavera aparece como “símbolo de la muerte” y no como hueso, que clasificaríamos anatomía.

Transcribimos su criterio de clasificación para ambos contenidos.

“La clasificación de Anatómico se atribuye a partes internas del cuerpo humano excepto las incluidas en la categoría SEX. Organos internos vistos como láminas anatómicas, radiografías, etc.

La categoría siniestro se usa para cubrir dos tipos de respuesta:

1. Aquellas cuyo contenido es culturalmente reconocido como siniestro. Por ejemplo: ogros, diablos, monstruos, brujas, etc.
2. Objetos que son cargados con cualidades siniestras por el sujeto: Un murciélago puede ser visto como un vampiro; un pájaro acechando su presa.”

Buscamos un correlato en el sistema de Exner que de cuenta del mismo tipo de fenómenos que nosotros consideramos como Siniestro. Tratándose del contenido “Skull”, que traducimos como “Calavera” se ajustaba a la definición de contenido MOR (Mórbido) según dice Exner por lo siguiente:

“Se codifican MOR aquellas respuestas que contengan un objeto clasificable en cualquiera de estas categorías:

1. El objeto es percibido como muerto, destruido, desgastado, arruinado, estropeado, dañado, herido o roto (ejemplos: un espejo roto, un perro muerto, una hoja pudriéndose, etc.).
2. Se le atribuye al objeto una cualidad o característica claramente disfórica (ej. : una casa sórdida, un árbol triste, una persona desgraciada, etc.).”¹¹

Si bien la respuesta de calavera a simple vista parecería no corresponderse con esta clasificación, se trata de un objeto percibido como muerto (sería redundante decir “una calavera muerta”). Una vez realizado el cambio de clasificación y vueltos a computar los puntajes

de la constelación, obtuvimos un resultado de seis variables positivas .

Además, que aparezcan en un protocolo más de tres contenidos mórbidos, según Exner, ya es un indicador de riesgo de suicidio. Queda aclarado de este modo que el Sistema Comprehensivo tiene confiabilidad diagnóstica cuando hay tendencias suicidas. Con el cambio de clasificación obtuvimos 6 MOR, un alerta innegable acerca del riesgo en este paciente, aunque en este caso la constelación no arrojará un resultado positivo, sobre todo teniendo en cuenta que:

*“el empleo acumulativo de un determinado término de los que se usan para el contenido MOR (...) proporciona indicios de cómo el sujeto se concibe a sí mismo”*¹²

Nos preguntamos...

¿Por qué la autora en el momento de clasificar el contenido ubica “calavera” en la categoría At, teniendo en cuenta que el título del artículo menciona el concepto como símbolo de la muerte?

A modo de hipótesis, podríamos considerar que por un lado podría haber una falla en el contacto con el material tal vez favorecida por la modalidad de clasificación del Sistema de Exner que no incluye cada verbalización en el contexto del discurso, lo que hubiera permitido clasificar a la calavera con las implicancias de lo que simboliza, dentro de un discurso de destrucción y muerte como en este caso.

Aquí hacemos énfasis en el papel del juicio clínico, ya que a través de las categorías que asignemos en un protocolo decidimos cuál es la información relevante. Es paradójico, que la autora destaque la necesidad de integrar los datos de las pruebas con la historia del sujeto y al mismo tiempo dado el contexto de la historia de ese sujeto y la sordidez del protocolo no considere la calavera como MOR.

Como todos sabemos, la construcción del juicio clínico tiene a la persona del evaluador como una de sus variables. Es conveniente reflexionar aquí sobre los obstáculos y avatares que nos circundan, las interceptaciones que podrían afectar al evaluador frente a casos tan movilizantes, como el que presenta la autora. Esto nos permitiría pensar por qué a la hora de redactar el artículo el error de clasificación tampoco es advertido.

Schafer (1954)¹³ propuso como criterio de la estabilidad defensiva la

¹² John E. Exner Jr. y Concepción Sendín. Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo. Pág. 162

¹³ Schafer, Roy: Citado por Helena Lunazzi de Jubany en Estudiando Rorschach. Ed. UNLP. 1997.

noción de equilibrio temático. Su noción se refería a la capacidad de oscilar equilibradamente entre, por un lado, sentir y conocer los aspectos peligrosos y angustiantes de la vida y por el otro disfrutar de la vida sin caer en el proceso primario, experimentando goce, creatividad y libertad. Nos referimos a su aporte para destacar la importancia de considerar cada contenido en el contexto temático en el que es dado.

Si alguno de los contenidos aparece exhibiendo marcado énfasis indicará aspectos dinámicamente característicos en el sujeto. Será importante no sólo la aparición sino los modos de organización y simbolización de estas matrices conflictivas.

Hertz ¹⁴ señala que :

“muchos clínicos critican el enfoque de los signos en la investigación con patrones y puntajes aislados. La limitación más evidente en esta investigación basada en el puntaje es desde luego la omisión de los rasgos cualitativos de los patrones que influyen sobre ellos en forma diferencial”.
“En la aplicación clínica del Rorschach, la cuestión de la cantidad y la ponderación de los diversos factores implicados en la determinación de una tendencia de la personalidad debe resolverse en términos de cada registro.”

A Modo de Conclusión

Es esperable que en la construcción del juicio clínico las vicisitudes estén siempre presentes. Mucho más cuando la cualidad de los casos es compleja e impactante.

Si bien las variables demográficas y del comportamiento expresadas en datos estadísticos deben ser consideradas a causa de su demostrado poder predictivo, los abordajes que incluyen la escucha clínica y la integración de los datos de las distintas técnicas de la batería entendidos como enfoques configuracionales parecen ser los más adecuados en la construcción de un juicio clínico confiable.

Queda demostrada la confiabilidad del Sistema Comprensivo pero también se señala la importancia de considerar la clasificación de las respuestas dentro del contexto discursivo propio de cada paciente.

¹⁴ Hertz, M. Evaluación de los riesgos suicidas por medio del Rorschach. En Teoría y Clínica de la Actuación de L. B. Abt y S. L. Weissman. Cap. 25 pág. 294 Ed. Paidós.

Protocolo de Rorschach

LAMINA I:

1- Un gato
(Lámina invertida)
**(Tómese su tiempo y vea si ve algo más)

(Se repite la respuesta) Las orejas, abultado alrededor de las mejillas, ojos como de gato. ¿(Qué lo hace parecer abultado?) Este contorno abultado. ¿(Usted dijo un gato?) Sólo la cara del gato. ¿(Es toda la lámina?) Si.

2- Cabeza de diablo

(Se repite la respuesta) Cuernos, nuevamente los ojos, los vi como colmillos.

3- Mariposa
(desaprueba)

(Se repite la respuesta) Sin estos pedacitos aquí; dos antenas; esta forma sin esta partecita.

LAMINA II

4- Una calavera

(Se repite la respuesta) Ojos, nariz, boca sin esta partecita. ¿(Alguna otra cosa hace que se parezca a una calavera?) No.

5- Dos osos bailando

(Se repite la respuesta) Quitando esto. El contorno, un oso, el otro oso. ¿(Usted dijo bailando?) Dos patas allí.

LAMINA III.

6- Dos mujeres.

(Se repite la respuesta) Tocando el tambor. Esa es la parte de los senos. Simplemente la manera en que yo lo veo, sus cabezas y la forma de eso.

7- Y una cara

(Se repite la respuesta) En la parte que era un tambor; dos ojos, una nariz, boca, orejas

LAMINA IV:

8- La calavera de una oveja

(Se repite la respuesta) La cuenca del ojo, parte de la trompa. ¿(Alguna otra cosa al respecto?) Yo he visto antes calaveras de ovejas, el contorno está correcto.

9- Una hoja

(Se repite la respuesta) Toda la forma. (¿Qué lo hace parecer como una hoja?) Como una hoja seca. Quebradizo - estos pedacitos - como pedacitos que van perdiéndose; la gente la ha pisado.

LAMINA V:

10 - Mariposa.

(Se repite la respuesta) Todo el contorno, todo alrededor: una antena en la frente, las alas del cuerpo.

LAMINA VI

11 - Una cara

(Se repite la respuesta) Pequeñas cuencas de los ojos, la forma de la mandíbula con los colmillos. (¿Cómo ve usted los colmillos?) Dos partecitas más claras.

LAMINA VII:

12 - Dos indias bailando

(Se repite la respuesta) Desde abajo hasta el medio, una de cada lado, una pluma en el pelo, las manos para afuera, desde arriba a la mitad (¿Qué lo hace parecer una pluma?) La manera en que las indias suelen usarlas sobre sus cabezas, la manera en que va arriba. (¿Usted dijo bailando?) La manera en que están las manos, vueltas una hacia la otra, la forma.

LAMINA VIII

13 - Dos lobos trepando a una calavera.

(Se repite la respuesta). Esos son los dos lobos, los agujeros de los ojos, nariz, mandíbula, mejillas, pómulos. (¿Es la figura entera?) Si, todo el conjunto.

LAMINA IX

14. Una calavera

(Se repite la respuesta). Las dos cuencas de los ojos, la nariz, el contorno de la mandíbula, cuernos arriba. (¿Entonces se refirió al conjunto?) Sí.

15. Mariposa

(Se repite la respuesta) Quitando los dos cuernos, el resto de la forma de esto alrededor de la parte de arriba, el cuerpo allí. (¿Alguna otra cosa hace que se parezca a una mariposa?) No

LAMINA X

16. Una calavera nuevamente.

(Se repite la respuesta) Las dos cuencas de los ojos, la nariz, el contorno de la mandíbula.

Secuencia

Lam.	Nº	Loc	DET	(2)	Cont	Pop	Z	CC.EE
I	1	Wso	1	Fo	Ad		3.5	
	2	Wso	1	F-	(Hd)		3.5	
	3	Ddo	99	Fu	A			
II	4	DdSo	99	Fu	An		4.5	
	5	Do	6	Mao	2 A	P		FAB
III	6	D+	1	Mao	2 H,Hh	P	3.0	
	7	Do	7	F-	Hd			
IV	8	DdSo	99	F-	An		5.0	PER
	9	Wo	1	Fo	Bt		2.0	MOR
V	10	Wo	1	Fo	A	P	1.0	
VI	11	Do	1	FY-	Hd			
VII	12	W+	1	Mau	2 H	P	2.5	
VIII	13	WS+	1	FMA-	2 A,An	P	4.5	FAB2
IX	14	Wso	1	F-	An		5.5	
	15	Ddo	99	F-	A			
X	16	DdSo	30	F-	An		6.0	

Sumario Estructural

Localización	Determinantes Comp. Sencillos	Cont.	C-Suicidio
Zf=11	M=1	H=2,0	No FV+VF+V+FD>2
Zsum=41.0	FM=1	(H)=0,0	No Col-Shd Bl >0
ZEst=34.5	M=0	Hd=2,0	Si Ego<31>.44
W=7	FC=0	(Hd)=1,0	No MOR >3
Wv=0	CF=0	Hx=0,0	Si Zd>+3.5
D=4	C=0	A=5,0	No es>EA
Dd=5	Cn=0	(A)=0,0	No CF+C>FC
S=7	FC'=0	Ad=1,0	Si X+%<.70
DQ	C'F=0	(Ad)=0,0	Si S>3
(FQ-)	C'=0	An=4,1	No P<3 o P>8
+3(1)	FT=0	Art=0,0	No Pura H<2
o=13(7)	TF=0	Ay=0,0	Si R<17
v/+0(0)	T=0	Bl=0,0	5 Total
v=0(0)	FV=0	Bt=1,0	
	VF=0	Cg=0,0	
	V=0	Cl=0,0	
	FY=1	Ex=0,0	Códigos especiales
	YF=0	Fd=0,0	
	Y=0	Fi=0,0	Nvl1 Nvl2
Calidad Formal	Fr=0	Ge=0,0	DV= 0x1 0x2
FQx FQfFqual	rF=0	Hh=0,1	INC= 0x2 0x4
+0 0 0	FD=0	Ls=0,0	DR= 0x3 0x6
o=5 3 2	F=11	Na=0,0	FAB= 1x4 1x7
u=3 2 1		Sc=0,0	ALOG= 0x5
=8 6 0		Sx=0,0	CON= 0x7
Sin=0 - 0		Xy=0,0	S. bruta = 2
	(2)= 4	Id=0,0	S. pond. = 11
			AB=0 CP 0
			AG=0 MOR 1
			CFB=0 PER 1
			COP=0 PSV 0

Proporciones, Porcentajes y Derivaciones

R=16	L=2.20	FC:CF+C=0:0	COP=0	AG=0
		Pure C=0	Food=0	
EB=3:0.0	EA=3.0 EBPer=3.0	SumC':WsumC=0:0.0	Isolate/R	=0.06
	es=2 D=0	Afr=0.33	H:(H) Hd (Hd)	=2:3
Eb=1:1	Adj es=2 Adj D=0	S=7	(H Hd): (A Ad)	=1:0
		Complj/R =0:16	H+A:Hd+Ad	=7:4
FM=1:	C'=0 T=0	CP=0		
m=0:	V=0 Y=1			
		P=5	Zf=11	3r+(2)/R=0.25
a:p=4:0	Sum6=2	X+% =0.31	Zd=+6.5	Fr+F=0
Ma:Mp=3:0	Nvl2=1	F+% =0.27	W:D:Dd=7:4:5	FD=0
2AB+Art+Ay=0	Sum.Pond=11	X-% =0.50	W:M=7:3	An+Xy=5
M.=0	Msin=0	S-% =0.63	DQ+=3	MOR=1
		Xu% =0.19	DQv=0	
SCZI=4*	DEPI=4	CDI=3	S-CON=5	HVI=No OBS=No

Bibliografía consultada

® Alcock, Teodora .**La prueba del Rorschach en la práctica.** Ed. Fondo de cultura económica.

® Carstairs, Kary S. **La calavera como un símbolo de la muerte en el Rorschach de un hombre.** En Rorschachiana 1997. N° 22 pág. 179 a 198.

® Casullo, M. M. Liporace, Mercedes. **Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes.** Prácticas psicológicas en la escuela. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. U.B.A Año II. N° 2. 1997.

® Ciprys. **Borderline suicidio y psicosis.** Revista A. P. Año 4 N° 10.

® Exner, John Jr. **El potencial de suicidio.** Cap. 7 de Sistema Comprehensivo del Rorschach. Ed. Pablo del Río.

® Exner, John Jr. **El Rorschach: un sistema Comprehensivo.** Vol. I Fundamentos Básicos. Psimática. Madrid 1994.

® Exner, John Jr. Sendín, Concepción. **Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo.** Psimática. Madrid 1995

® Freud, Sigmund. **Duelo y Melancolía.** 1915 .Obras Completas. Biblioteca nueva .Madrid 1981 cuarta edición.

® Giorgi, V; Servillo, A; Agirre, M; Silva, L **El psicodiagnóstico de Rorschach en pacientes suicidas.** V Congreso Latinoamericano de Rorschach Montevideo, 1993.

® Hertz Marguerite R. **Evaluación de los riesgos suicidas por medio del Rorschach.** En teoría y clínica de la actuación de L. E. Abt y S. L. Weissman. Cap. 25. Ed. Paidós. 1967.

® Kacero, Ethel. Martínez Sáenz, M. **Fracaso del proyecto identificatorio y su emergencia en la producción Rorschach. Riesgo suicida y su prevención.** Trabajo presentado en Primer Congreso Nacional de ADEIP. 1997.

® Lunazzi de Jubany **Estudiando Rorschach.** Ed. U.N.L.P 1997

® Passalacqua A., Herrera M, Orcoyen D., **Investigación sobre suicidio y Rorschach.** Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. U.B.A Año II N° 1. 1997.

® Passalacqua A., Herrera M, Orcoyen D., **Suicidio: ¿final o principio?** en revista A.L.A.R. – Año 3 – N° 4 (1995)

® Quiroga Susana E. **Patologías de la Autodestrucción en la Adolescencia.** Ediciones PubliKar Buenos Aires 1996

® Sorribas Elizabeth. **Pronóstico favorable y desfavorable en los protocolos de Rorschach de tres cuadros neuróticos. Histeria, fobia y neurosis obsesiva.**